


# Baltic Denture System Checkliste



Digital Denture - 100 % your way

<p>..... <b>Datum</b></p> <p>..... <b>Interne Auftrags Nr.:</b></p>	<p>..... Vorname</p> <p>..... Nachname</p>	<p>Praxis</p>
		<p>Labor (Stempel)</p>
<p><b>Angaben zum Material</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zahnfarbe: .....</li> <li>• Schichtung der Zähne: <input type="checkbox"/> mehrschichtig <input type="checkbox"/> ECO</li> <li>• Farbe der Basis: <input type="checkbox"/> pink <input type="checkbox"/> dark pink</li> <li>• Material der Basis: <input type="checkbox"/> High Impact <input type="checkbox"/> normal</li> </ul>	
<p><b>Optionale Korrekturen</b></p> <p><b>Verwendung Alt-Prothese</b></p> <p><b>oder Angaben nach Einprobe</b></p>	<p>Korrektur der Mittellinie um ..... mm <input type="checkbox"/> Patient rechts <input type="checkbox"/> Patient links</p> <p>Korrektur Sichtbarkeit der Zahnreihe um ..... mm <input type="checkbox"/> cranial <input type="checkbox"/> caudal</p> <p>Korrektur der Bisshöhe um ..... mm <input type="checkbox"/> anheben <input type="checkbox"/> absenken</p> <p>Korrektur bukkaler Korridor <input type="checkbox"/> sichtbar <input type="checkbox"/> nicht sichtbar</p> <p><input type="checkbox"/> Änderung der Zahn-Achsen <input type="checkbox"/> Änderung der Zahn-Position</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Foto(s) vorhanden</p>	
<p><b>Prothesenbasis-gestaltung</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> anatomische Gestaltung <input type="checkbox"/> Sublingualrolle <input type="checkbox"/> glatte Gestaltung</li> <li><input type="checkbox"/> ausgeprägter Funktionsrand <input type="checkbox"/> Kopie der Gaumenfalten <input type="checkbox"/> dorsale Abdämmung (Ah-Linie)</li> <li><input type="checkbox"/> keine Hohllegung des Torus Palatinus</li> </ul>	
<p><b>Fotos</b></p> <p><input type="checkbox"/> von früher</p> <p><input type="checkbox"/> aktuell</p>	<p><input type="checkbox"/> Foto Frontalansicht <input type="checkbox"/> Foto Profilansicht</p> <p><input type="checkbox"/> Fotos zugestellt per E-Mail / File Hosting an folgende Adresse:</p> <p>.....</p>	
<p><b>Behandlungs-ablauf</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Ausgangsbasis Alt-Prothese(n) unterfüttert und Bisslage fixiert</b></p> <p><b>Neuanfertigung aus Situationsabformung weitere Unterlagen gewünscht:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Löffel <input type="checkbox"/> Bisschablone <input type="checkbox"/> unterfütterbare Bisschablone</p> <p><input type="checkbox"/> Bisschablone mit Zahnreihe <input type="checkbox"/> Stützzstift-Registart</p> <p>gesonderte Einprobe gewünscht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <hr/> <p>Nächster Termin am: .....</p> <p>Fertigstellung gewünscht bis: .....</p>	